

COVID-19 抗原快速检测同意书

学生姓名:
学生出生日期:
就读学校:
家长/监护人姓名:
家庭住址:
电话号码:

请仔细阅读以下知情同意书，签署并授权接受 COVID-19 检测。

1. 本人知晓上述学生的 COVID-19 检测将使用由 Washington State Department of Health（华盛顿州卫生部）提供的 Abbott Laboratories BinaxNOW 来进行，我承认已向我提供了有关检测的 *个人情况说明书*。
2. 本人知晓上述学生是否能接受检测取决于检测用品的供应情况。
3. 本人知晓提供检测的单位并不能作为上述学生的医疗服务提供方。而且检测并不能取代医疗服务提供方所提供的治疗。若本人有任何的疑问或顾虑，或者上述学生出现 COVID-19 症状或上述学生病情恶化，本人对针对检测结果所采取的适当措施承担完全且全部的责任，上述适当措施包括从医疗服务提供方或其他医疗护理单位寻求医疗建议、护理或治疗等。
4. 本人明白 COVID-19 检测结果与任何医学检测一样，都有可能出现假阳性或假阴性。
5. 本人明白本人有责任将阳性检测结果通知上述学生的医疗服务提供方，检测方不会替本人将阳性检测报告的副本发送给上述学生的医疗服务提供方。
6. 本人明白抗原检测结果会在 15-30 分钟后出来。
7. 本人明白并确认，如果上述学生的抗原检测呈阳性，说明该生需要自我隔离，以免传染他人。
8. 本人已被告知检测的目的、流程以及潜在的风险和益处。本人拥有在进行 COVID-19 检测前提出问题的机会。同时本人明白，如果不希望上述学生继续进行 COVID-19 诊断检测，本人可以拒绝检测。
9. 本人明白，为确保公共卫生和安全，控制 COVID-19 的传播，检测结果信息可能会在未经本人个人授权的情况下分享。
10. 本人明白检测结果将会按照法律要求披露给适当的公共卫生当局。
11. 本人已知晓，在检测进行之前，本人可以在任何时候撤回针对该检测的同意书。

授权/同意进行 COVID-19 检测

本人同意授权上述学生接受 COVID-19 检测。

家长/监护人签名

日期

本人同意接受 COVID-19 检测。

学生（年满 18 岁）签名

日期